

FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

TUMORECTOMIE DU SEIN POUR NODULE ET/OU MICROCALCIFICATIONS

ET PRELEVEMENT DU ou DES GANGLION(S) SENTINELLE(S) AXILLAIRE(S)

POUR CANCER DU SEIN

Votre médecin vous a proposé une intervention dont le but est l'ablation d'un nodule du sein ou de microcalcifications dont la biopsie a confirmé le caractère cancéreux. Cette chirurgie sera associée à un prélèvement de ganglion(s) sentinelle(s) de l'aisselle (axillaire(s)) pour évaluer la diffusion de la maladie.

Le présent document a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

Qu'est-ce qu'une tumorectomie du sein ?

C'est l'ablation chirurgicale d'un nodule du sein ou d'une zone malade du sein, en conservant le sein.

Cette intervention se fait le plus souvent après une biopsie préalable qui a confirmé le cancer.

Elle a pour buts d'enlever toute la zone malade, avec des marges de sécurité tout autour, et de garder un résultat esthétique du sein opéré.

Des clips seront laissés en place dans la zone opérée, afin de cibler la radiothérapie si nécessaire et de faciliter la surveillance radiologique de la zone. Ce sont des petits bâtonnets en titane qui ne provoquent pas de sonnerie dans les aéroports, ni d'intolérance. Ils permettent la réalisation d'IRM. Ils sont laissés en place à vie.

Qu'est-ce que le(s) ganglion(s) sentinelle(s) axillaire(s) ?

Pour vérifier que les cellules malades sont restées localisées dans le sein, il est nécessaire de vérifier l'absence de cellules au niveau des premiers ganglions qui drainent le sein. Ce sont les ganglions sentinelles axillaires, situés sous le bras, au niveau de l'aisselle.

Ils sont variables en nombre et en localisation, d'une femme à l'autre et d'un côté par rapport à l'autre. C'est la raison pour laquelle il faut injecter un produit dans le sein malade, qui va diffuser vers ce ou ces ganglions et qui permettra de le ou les repérer.

La plupart du temps un produit faiblement radioactif (isotopes) est injecté la veille ou le jour même de l'intervention, au niveau du sein malade, dans un service de médecine nucléaire. Une lymphoscintigraphie est effectuée parfois pour localiser les ganglions sentinelles devenus radioactifs.

Avant l'intervention

- Pour préparer la technique du ganglion sentinelle, une injection d'isotopes faiblement radioactifs sera faite autour de l'aréole, afin de localiser le ou les ganglion(s) sentinelle(s) axillaire(s). Cela s'effectue à l'hôpital Américain, dans le service de médecine nucléaire, la veille ou le matin de l'intervention.

-Lorsque le nodule n'est pas palpable (ou pour les microcalcifications), la zone à enlever est repérée, avant l'opération, par le radiologue qui met en place soit un clip magnétique soit un fil repère en s'aidant de la radiographie ou de l'échographie du sein.

Comment se passe l'intervention ?

L'opération chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale.

- La recherche du ou des ganglions sentinelles est effectuée dans un premier temps.

Une incision du creux de l'aisselle est réalisée. A l'aide d'une sonde de détection de la radioactivité, le ou les ganglions sentinelles sont repérés et enlevés. Ils seront analysés en même temps que la tumorectomie du sein. Si aucun ganglion radioactif n'est détecté, une injection d'un produit bleu (bleu patenté) est effectuée en début d'intervention pour essayer de trouver un ganglion sentinelle bleu. Ce produit est responsable d'allergie, raison pour laquelle il n'est utilisé que si la radioactivité n'a pas fonctionné.

En cas de non-détection de ganglion sentinelle, plusieurs ganglions seront enlevés dans une zone limitée du creux axillaire : il s'agit du curage axillaire. Les ganglions qui drainent le bras sont laissés en place.

- **Tumorectomie du sein**

L'incision est, si possible, réalisée dans un endroit peu visible : autour de l'aréole ou dans le sillon cutané en dessous du sein selon l'emplacement de la lésion à enlever. Quelquefois, sa localisation nécessite une incision directe, si possible en respectant le décolleté. Le tissu mammaire est refermé après remodelage de la glande mammaire par des lambeaux glandulaires fixés par des points, permettant de combler l'espace vide.

Parfois, une oncoplastie vous sera proposée : il s'agit d'un geste de chirurgie esthétique associée à l'ablation de la lésion (exemple : lifting du sein, réduction mammaire) ou un remodelage permettant de conserver le sein tout en enlevant une partie importante de la glande.

Que se passe-t-il après une tumorectomie – ganglion sentinelle ?

Cette intervention se fait le plus souvent en hospitalisation ambulatoire : vous ne dormez pas à la clinique ou à l'hôpital.

Les fils de fermeture de la peau sont le plus souvent résorbables. Parfois, ils doivent être enlevés après la sortie de l'hôpital ou de la clinique, par un(e) infirmier(e).

Si du bleu a été injecté dans le sein, la teinte cutanée peut persister plusieurs semaines, pour disparaître ensuite.

Les résultats des analyses de la tumorectomie et des ganglions sentinelles sont communiqués à la visite post opératoire, en général 15 jours après l'intervention. L'analyse pendant l'opération (encore appelée examen extemporané) n'est réalisée que dans des cas exceptionnels.

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

- La tumorectomie – ganglion sentinelle est une intervention courante et bien maîtrisée, dont le déroulement est simple dans la majorité des cas. La voie d'abord peut être modifiée selon les constatations faites au cours de l'intervention : ouverture plus grande que prévue ou deuxième ouverture parfois. Exceptionnellement, une blessure ou une brûlure de la peau du sein peut se produire.

Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont quelquefois douloureuses et nécessitent un traitement antalgique. Le port d'une brassière de contention est recommandé, y compris la nuit, les premiers jours. Parfois, une ecchymose, un hématome ou une infection de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent des soins locaux. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère survenant dans les jours suivant l'opération peut nécessiter une réintervention. Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Il peut y avoir, également, des douleurs ou une insensibilité de la face interne du bras après le prélèvement du ganglion sentinelle. De même, une bride peut apparaître à ce niveau. Ceci va se résoudre avec le temps.

Enfin, selon la situation de la lésion, une déformation localisée du sein peut être constatée. Une correction pourra être effectuée secondairement.

- Si un curage ganglionnaire a été nécessaire, ses risques propres sont la possibilité de blessure des vaisseaux et des nerfs du creux de l'aisselle. Une limitation des mouvements de l'épaule peut s'observer dans les suites immédiates. Elle s'atténue spontanément ou avec des soins de kinésithérapie en quelques semaines. Des modifications de la sensibilité siégeant à la face interne du bras s'observent dans environ 20 % des cas. Enfin, un gonflement du bras peut s'observer chez 10 à 20 % des patientes dans les semaines ou les mois qui suivent l'opération ; cette éventualité est beaucoup moins fréquente en cas de prélèvement du ganglion sentinelle et après kinésithérapie avec drainage du membre supérieur opéré.

- Enfin, une réintervention peut être nécessaire lorsque toutes les lésions malignes n'ont pas été retirées en totalité ou que la marge de sécurité n'est pas suffisante.

Un curage axillaire peut également être nécessaire en cas d'envahissement tumoral du ou des ganglions sentinelles.

- Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

En pratique

• Avant l'opération :

- Une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention;
- Une consultation avec l'infirmière coordonnatrice du service sera couplée à celle de l'anesthésiste.
- L'hospitalisation a lieu en général le jour même de l'opération ;
- Si le nodule doit être repéré, ce repérage est habituellement effectué la veille ou le matin de l'intervention en cas de fil repère , ou à n'importe quel moment avant la chirurgie pour le clip magnétique.
- Si un ganglion sentinelle doit être prélevé, une injection d'isotopes sera pratiquée et une scintigraphie réalisée la veille ou le matin de l'intervention.
- Après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire ;
- Une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée ;

• Après l'opération :

- Vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre ;
- Un petit hématome ou une sensation de dureté de la zone où se trouvait le nodule ou le ganglion sentinelle, est très fréquent et peut durer quelques jours ou semaines ;
- La reprise d'une alimentation normale se fait le jour même de l'opération.
- Le moment de votre sortie dépend du type d'intervention qui aura finalement été réalisée.
- Des douches sont possibles dès le lendemain de l'opération, mais il est recommandé d'attendre 15 jours avant de prendre un bain.

• Après la sortie :

- Après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements ou écoulements au niveau des cicatrices, de la fièvre ou un gonflement important du sein ou du creux axillaire surviennent, il est indispensable d'en informer votre médecin ;
- Des séances de kinésithérapie du membre supérieur seront prescrites en cas de curage ganglionnaire ;
- Une visite de contrôle postopératoire, après la sortie, est indispensable pour vérifier la cicatrisation ; le rendez-vous sera précisé par votre opérateur ou l'équipe au moment de votre sortie ;
- Votre dossier sera présenté à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de médecins qui décidera les traitements complémentaires éventuels (nouvelle chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées), en fonction de votre état clinique et des résultats des analyses effectuées sur la tumeur et les ganglions.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.

Attention ! Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.